



TITLE:

骨盤腔に発生した巨大神経鞘腫の1例

AUTHOR(S):

鈴木, 裕一郎; 杉山, 尚樹; 岡本, 亜希子; 山本, 勇人;
畠山, 真吾; 米山, 高弘; 橋本, 安弘; 古家, 琢也; 神村,
典孝; 大山, 力

CITATION:

鈴木, 裕一郎 ...[et al]. 骨盤腔に発生した巨大神経鞘腫の1例. 泌尿器科紀
要 2010, 56(10): 581-583

ISSUE DATE:

2010-10

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/130813>

RIGHT:

許諾条件により本文は2011-11-01に公開

骨盤腔に発生した巨大神経鞘腫の1例

鈴木裕一朗, 杉山 尚樹, 岡本亜希子, 山本 勇人
畠山 真吾, 米山 高弘, 橋本 安弘, 古家 琢也
神村 典孝, 大山 力

弘前大学大学院医学研究科泌尿器科学講座

THE GIANT SCHWANNOMA IN THE PELVIC CAVITY :
A CASE REPORT

Yuichiro SUZUKI, Naoki SUGIYAMA, Akiko OKAMOTO, Hayato YAMAMOTO,
Shingo HATAKEYAMA, Takahiro YONEYAMA, Yasuhiro HASIMOTO, Takuya KOIE,
Noritaka KAMIMURA and Chikara OHYAMA

The Department of Urology, Hirosaki University Graduate School of Medicine

A 62-year-old man presented with a giant tumor in the pelvic cavity that was incidentally revealed by abdominal ultrasonography. Abdominal magnetic resonance imaging showed the heterogenous tumor in the pelvis with cystic components. The tumor was 10.8×10.5×11.7 cm in diameter and adhered to the sacral wall. The tumor was extirpated following diagnosis as a benign neurogenic tumor by needle biopsy. The pelvic cavity was occupied by the tumor rigidly adhered to the sacrum. The histopathological diagnosis of the specimen was benign schwannoma, type Antoni A.

(Hinyokika Kyo 56 : 581-583, 2010)

Key words : Schwannoma, Pelvic cavity

緒 言

神経鞘腫は末梢神経の Schwann 細胞由来の腫瘍であり、主に頭頸部や四肢に好発し後腹膜発生は比較的稀とされる^{1,2)}。今回われわれは、骨盤腔発生した巨大神経鞘腫の1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

患者：62歳、男性

主訴：骨盤内腫瘍

既往歴：33歳虫垂切除術、53歳C型肝炎、肝硬変

家族歴：特記事項なし

現病歴：C型肝炎、肝硬変にて前医通院中、腹部超音波検査にて骨盤内腫瘍を指摘された。精査加療目的に2006年7月28日当科入院となった。

入院時現症：身長 164 cm、体重 72 kg、血圧 116/68 mmHg、下腹部に、可動性を有する手拳大の腫瘍を触知した。

入院時検査所見：末梢血検査に異常は認めなかった。生化学ではAST 43 IU/ml (正常値 13~33 IU/ml)、ALT 70 IU/ml (正常値 8~42 IU/ml)、 γ -GTP 50 IU/ml (正常値 10~47 IU/ml)と軽度肝機能障害を認めた。腫瘍マーカーに異常は認めなかった。

画像所見：腹部CTでは境界明瞭で内部に石灰化を伴う腫瘍を骨盤腔内に認めた。造影CTでは内部構造

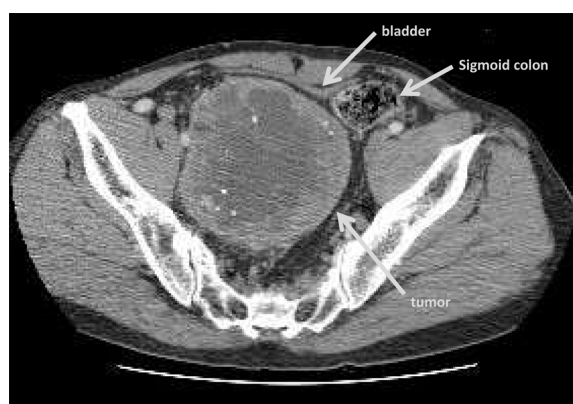
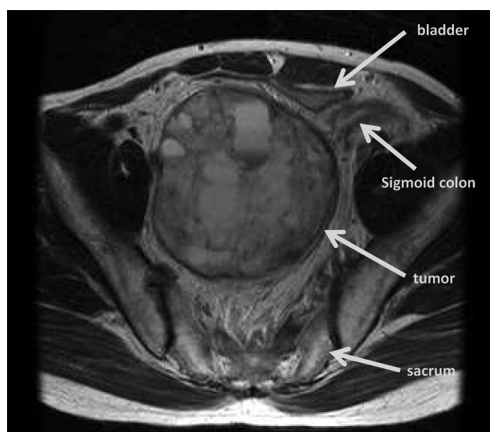


Fig. 1. Computed tomography revealed a giant tumor with calcification in the pelvic cavity. Enhancement was observed in tumor surface.

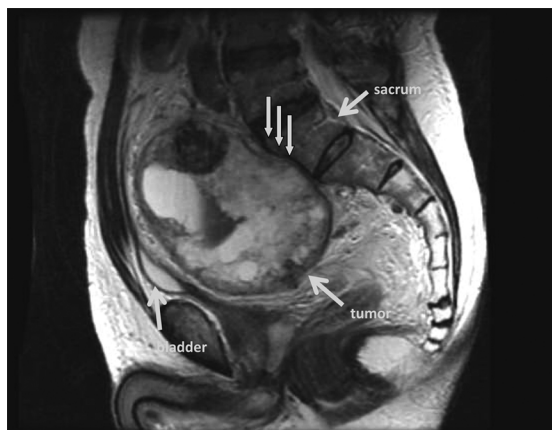
は不均一で中心壊死を思わせ、辺縁に造影効果を認めた (Fig. 1)。腹部MRIでは、10.8×10.5×11.7 cm の多房性嚢胞状腫瘍が骨盤腔を占めていた。腫瘍はT1強調画像で低信号、T2強調画像では不均一で高信号な嚢胞成分を伴っており、膀胱および直腸は腫瘍により外側へ圧排されていた (Fig. 2-a, b)。

入院後経過：確定診断を得るため、経直腸的超音波ガイド下針生検を施行した。病理所見では神経由来の良性腫瘍の診断にて、2006年9月5日骨盤腫瘍摘除術を施行した。

術中所見：全身麻酔下に仰臥位にて手術を施行し



a



b

Fig. 2. MRI: A heterogeneous tumor occupied the pelvis and showed deviation of the urinary bladder to the ventral side and sigmoid colon (a). The pelvic cavity was occupied by a giant tumor with cystic components in contact with the sacrum (b).

た。下腹部正中切開にて骨盤腔に到達したが、腫瘍は容易に同定可能であった。腫瘍は表面平滑で、膀胱は腫瘍前方に、右尿管、S状結腸は共に腫瘍左方へ圧排されていた。腫瘍周囲の剥離を進めたが、仙骨前面から神経孔へと連続していた。仙骨前面の強固な癒着を剥離する際に仙骨前面の静脈叢より多量の出血を来した。そのため腫瘍を仙骨前面で切離し、腫瘍を摘出した。神経孔へと連続する腫瘍被膜の一部は可及的に切除した。手術時間は284分、出血量は4,900 gであった。

摘除標本：標本は10×9×11 cm、弾性硬であった。腫瘍内部は、そのほとんどが血性漿液と壊死組織で占められていた (Fig. 3)。

病理組織学的検査：紡錘形細胞が錯綜して増殖し、核の腫大、不整を伴っていた。また核が柵状に配列した、いわゆる観兵式状配列を呈していた (Fig. 4)。免疫染色ではS100が陽性であり、悪性所見は認めなかったことから、Antoni A型の神経鞘腫と診断された。



Fig. 3. Macroscopic appearance of the extirpation of the tumor.

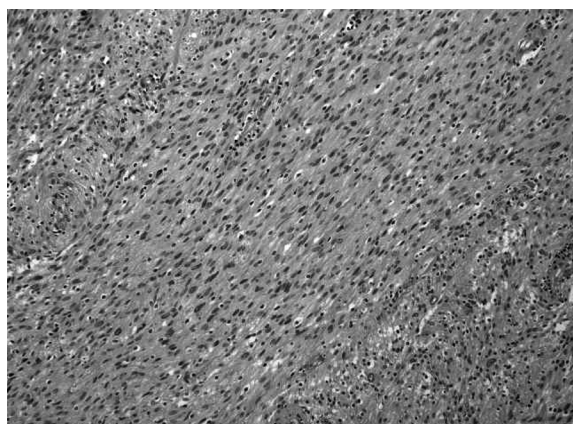


Fig. 4. Spindle cells makes a palisading pattern (HE × 100).

術後経過：術後特に神経症状は認めず、2006年9月25日退院となった。現在外来にて経過観察中であるが、再発は認めていない。

考 察

神経鞘腫は末梢神経のSchwann細胞由来の腫瘍であり、頭頸部(44.9%)、四肢(32.6%)に好発するが、後腹膜原発は0.7~2.7%と比較的稀である^{1,2)}。一方、後腹膜原発腫瘍のなかでは奇形腫、嚢腫につぐ発生頻度で全体の6.9%を占めるとされるが³⁾、そのなかでも骨盤腔発生は比較的稀で、本邦ではこれまで38例の報告をみるにすぎない⁴⁾。好発年齢は50歳代で、性差は認めない⁵⁻⁸⁾。

症状は特有なものではなく、腫瘍の発生部位によっても異なるものの、腹部膨満感や腹痛などの腹部症状が51.2%と多く認められる⁷⁾。しかし、骨盤腔原発では多くが無症状で経過するため、腫瘍が大きくなってから診断されることがほとんどである。そのため、診断時には腫瘍径が20 cmを超える症例も報告されている^{7,8)}。発生部位は聴神経が好発部位であるが、有髄神経であればどの部位でも発生する可能性があり、特

に後腹膜原発では仙骨近傍,あるいは骨盤外側が多いと報告されている⁹⁾.

画像上の特徴として, CT では境界明瞭で, 内部は多房性あるいは嚢胞状変化を呈し, 石灰化を伴うこともある⁹⁾. 一方, MRI では T1 強調画像にて低～等信号, T2 強調画像にて等～高信号を示すことが多いとされている^{10, 11)}. 通常神経鞘腫は大きくなるにつれ, 内部に出血, 壊死を伴う. 本症例のように腫瘍径が大きく, 周囲との境界が明瞭で, 内部に出血や, 壊死, 石灰化, 嚢胞状変化を伴う腫瘍は ancient schwannoma と定義され, 画像でも同様の所見を認める^{5, 9)}. しかし他の腫瘍でも同様の画像所見を呈することが多く, 神経節細胞腫や神経芽細胞腫, 脂肪肉腫, 血管外皮細胞腫, メラノーマなどが鑑別疾患としてあげられており, 画像のみでの確定診断は困難である^{7, 11)}. そのため術前に超音波,あるいは CT ガイド下腫瘍生検が施行されているが, それでも術前に正確に診断することは難しいとされている^{5, 8)}. 前澤らは, 腹腔鏡下に手術を施行した後腹膜神経鞘腫16例のうち術前に神経鞘腫と診断されたものはわずか1例であったと報告している¹²⁾.

病理学的には, 線維芽細胞に類似した紡錘形細胞が密に増殖し, 観兵式配列を呈することが特徴であるが, 粘液状の基質のなかに粗に配列する場合もあり, 前者を Antoni A 型, 後者を Antoni B 型と分類する. また拡張した血管や血管壁の硝子化, ヘモジデリン沈着, 泡沫状マクロファージの浸潤など多彩な像を呈する. 免疫染色では S-100, vimentin, Leu-7 に陽性を示す^{13, 14)}. 本症例では, Antoni A 型に特徴的な核形や配列を呈し, 免疫染色では S-100 が陽性であった. また悪性所見も認めなかったことから, 良性の神経鞘腫と診断した.

治療法として放射線療法や化学療法は感受性に乏しく, また再発や悪性化する症例も存在するため^{7, 14, 15)}, 外科的摘出が原則である. 本症例では腫瘍の被膜が神経孔内部へ連続し, 仙骨との癒着が強度であった. 過去の報告でも81%が仙骨との高度な癒着のため摘出に苦慮しているが, これはおそらく本腫瘍が仙髄神経より発生したため仙骨や腸骨と強固に癒着し, 外科的摘出を困難なものにしていると考えられる. また完全摘出を目指すあまり, 周囲の神経を合併切除することにより, 膀胱直腸障害・射精障害・勃起障害・下肢の知覚障害といった神経障害を術後に認める症例も報告されている⁴⁾. 術前に良性腫瘍と診断されているのであれば, 合併症を考慮し核出術なども選択しようと思われる. しかし, 先に述べたように生検を行っても確定診断は困難であり, さらに術後再発や悪性化の報告例も散見される^{7, 14, 15)}.

本症例は術後3年8カ月経過するが再発は認めてい

ない. 今後も引き続き厳重に経過観察を行う予定である.

結 語

後腹膜に発生した巨大な神経鞘腫の1例を経験した.

文 献

- 1) Das Gupta TK, Brasfield RD, Strong EW, et al.: Benign solitary schwannomas (neurilemmomas). *Cancer* **24**: 355-366, 1969
- 2) Whitaker WG and Droulias C: Benign encapsulated neurilemoma: a report of 76 cases. *Am J Surg* **42**: 675-678, 1976
- 3) 天野正道, 田中啓幹, 大森弘之, ほか: 後腹膜類皮嚢腫の1例—後腹膜腫瘍本邦報告例1,104例の統計的考察—. *西日泌尿* **37**: 734-741, 1975
- 4) 和田直樹, 北原克教, 沼田 篤, ほか: 腫瘍核出術を施行した骨盤内神経鞘腫の1例. *泌尿紀要* **50**: 821-824, 2004
- 5) Daneshmand S, Youssefzadeh D, Chamie K, et al.: Benign retroperitoneal schwannoma: a case series and review of the literature. *Urology* **62**: 993-997, 2003
- 6) Goh BK, Tan YM, Chung YF, et al.: Retroperitoneal schwannoma. *Am J Surg* **192**: 14-18, 2006
- 7) Li Q, Gao C, Juzi JT, et al.: Analysis of 82 cases of retroperitoneal schwannoma. *ANZ J Surg* **77**: 237-240, 2007
- 8) Theodosopoulos T, Stafyla VK, Tsiantoula P, et al.: Special problems encountering surgical management of large retroperitoneal schwannomas. *World J Surg Oncol* **6**: 107, 2008
- 9) 田中 学, 橋本邦宏, 田辺徹行, ほか: 後腹膜神経鞘腫の1例. *西日泌尿* **55**: 919-923, 1993
- 10) 右田 敦, 北浦 実, 菊川浩明, ほか: 後腹膜神経鞘腫の1例とその MRI 所見の検討. *西日泌尿* **59**: 925-927, 1997
- 11) Hughes MJ, Thomas JM, Fisher C, et al.: Imaging features of retroperitoneal and pelvic schwannomas. *Clin Radiol* **60**: 886-893, 2005
- 12) 前澤卓也, 成田充弘, 佐野太一, ほか: 腹腔鏡下に摘出した後腹膜神経鞘腫の1例. *泌尿紀要* **55**: 129-131, 2009
- 13) Johnson MD, Glick AD and Davis BW: Immunohistochemical evaluation of Leu-7, myelin basic-protein, S100-protein, glial-fibrillary acidic-protein, and LN3 immunoreactivity in nerve sheath tumors and sarcomas. *Arch Pathol Lab Med* **112**: 155-160, 1988
- 14) Maneschg C, Rogatsch H, Bartsch G, et al.: Treatment of giant pelvic schwannoma. *Tech Urol* **7**: 296-298, 2001
- 15) 奥村 哲, 吉田和弘, 西村泰司, ほか: 後腹膜悪性神経鞘腫の1例. *泌尿紀要* **30**: 235-247, 1984

(Received on March 5, 2010)

(Accepted on May 25, 2010)